令和６年度 赤い羽根×福祉の輪づくり運動 特別助成プログラムVol.２

**「ヤングケアラー」を支える赤い羽根プロジェクト**

**助成応募書**

**１．団体概要**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：令和６年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | ふりがな |
|  |
| 代表者名 | 役職名 | 氏名（ふりがな） |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡先住所等 | 〒　　　　-　　　　※何れかに○　【団体住所　・　個人宅　（　　　　　　　様方）】 | TEL:　 |
| FAX:　 |
| E-mail:  |
| URL:　 |
| 担当者名 | 役職名　 | 氏名（ふりがな）　 |
|  |  |
| 法人格の有無（何れかに○） |  | １．あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）法人 |  | ２．なし |
| 設立時期 | 　　　　　　年　　　月　（法人格がある場合、取得年月） |
| 現在実施中の活動内容 |  | ●活動頻度(例：毎週水曜日、月1回等)　　　　　　　　　　　　　　　　●スタッフ・ボランティア（概数）　　　　人●対象者人数（概数）　　　　人 |

**２．応募概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 活動名称 | ＊一般の方にもわかりやすい名称としてください。 |
| 活動内容 | ＊誰を対象に、どこを拠点として、何を行うのか具体的に記入してください。 |
| 助成応募額 | **万円　　　　　　　　　　　※参考：総事業費　　　　　　万円**＜助成金の使途＞　＊チラシ作成費○○円、配付用日用品等○○円、セミナー開催費○○円等使途を記入してください。　・　・　・　・ |
| 活動期間・日数 | 活動期間　　月　　日　～　　月　　日のうち活動日数　　　　日を予定 | 想定される支援対象者数 | 延べ　　　　人 |
| 連携している機関・団体 | □社会福祉協議会□やまぐち県民活動支援センター□市(町)民活動支援センター□山口県こども食堂支援センター□その他団体（団体名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　＊連携先に活動実態を確認させていただく場合があります。 |